

第1号様式（第4条関係）

愛川町高齢者タクシー利用券交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）愛川町長

次のとおり申請します。

申請者（窓口に来た方）

住 所	愛川町		
フリガナ		電話番号	
氏 名		対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> （ ）

交付対象者

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 愛川町	生年月日	
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
<input type="checkbox"/> 介護施設・障害者支援施設への入所や病院に入院していません <input type="checkbox"/> 愛川町の外出支援3事業（かなちゃんパス購入費助成、運転免許自主返納助成、電動アシスト三輪自転車購入費助成）を同一年度内に受けていません <input type="checkbox"/> 愛川町在宅重度障害者タクシー・自動車燃料費助成を受けていません <input type="checkbox"/> 前年度までの町民税、固定資産税、軽自動車税の未納はありません <input type="checkbox"/> 町民税は申告済みです <input type="checkbox"/> 町民税の申告状況及び町民税、固定資産税、軽自動車税の納付状況について調査を行うことに承諾いたします			

職員記入欄

タクシー利用券No.	<input type="checkbox"/> 対象者年齢確認	<input type="checkbox"/> 助成重複確認	職員確認印
	<input type="checkbox"/> 申告状況	<input type="checkbox"/> 町税納付状況	